



ESTADO DE CALIFORNIA  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DE LA SALUD ADMINISTRADA

SOLICITUD URGENTE

\*Si está marcado, entregue a DMHC  
dentro de las 24 horas

**PROGRAMA DE EVALUACIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE  
PEDIDO DE INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO (RHPI)**

El Departamento de Atención de la Salud Administrada (DMHC) ha recibido un pedido por parte de un inscrito del Plan de Salud para una Evaluación Médica Independiente relacionada con una disputa por la provisión de servicios de salud: (Ejemplo: rechazo de cobertura para fisioterapia)

Servicio médico o tratamiento en disputa: \_\_\_\_\_

Nombre del inscrito: \_\_\_\_\_ Domicilio del inscrito: \_\_\_\_\_

N° de miembro/SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Cobertura del plan (HMO, POS, PPO, etc): \_\_\_\_\_

**Para poder procesar la solicitud de Evaluación Médica Independiente (IMR), el Departamento de Atención de la Salud Administrada le solicita información adicional sobre el Plan de Salud del inscrito.**

**Llene la siguiente información:** (Nota: el Plan de Salud puede enviar información adicional al DMHC para aclarar el caso.)

Confirmación que el inscrito está activamente elegible para el Plan de Salud. **Sí / No** Fecha de terminación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Copia de la(s) carta(s) de rechazo de cobertura del Plan y respuesta final al reclamo relacionado con la disputa antes mencionada. (Adjunte la copia. Si corresponde, adjunte y subraye los segmentos pertinentes de la Prueba de Cobertura del Plan.)

La razón del rechazo de cobertura del Plan se basó en las siguientes determinaciones: (marque lo que corresponda)

Cobertura de beneficios		Necesidad médica	
Tratamiento experimental/de investigación		Rechazo de cobertura de emergencia o urgente	

¿El tratamiento rechazado incluía medicamentos? **Sí / No**

¿El tratamiento rechazado incluía servicios de salud mental? **Sí / No**

Proporcione el ICD - 9, CPT - 4 u otros códigos pertinentes a la condición médica del inscrito y los servicios solicitados.

Código(s) ICD - 9: \_\_\_\_\_ Código(s) CPT - 4 u otros códigos de servicio: \_\_\_\_\_

Los servicios médicos solicitados o provistos, ¿son parte de la red o no? \_\_\_\_\_

¿El inscrito ha recibido el tratamiento? **Sí / No**

Indique la fecha en que el Plan recibió el reclamo por parte del inscrito. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Indique la fecha en que se resolvió el reclamo. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

¿El reclamo fue procesado en forma urgente? Si Sí, explique brevemente: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo médico / IPA:

Enumere nombres y especialidad de los médicos o personal clínico involucrado **en el examen UM** de este caso.

Nombre/especialidad del médico a cargo:

¿El inscrito es beneficiario de Medicare? **Sí / No**

¿El inscrito está cubierto bajo un servicio de administración de salud de Medi-Cal? **Sí / No**

Si tiene Medi-Cal, ¿ha solicitado el inscrito una Audiencia Imparcial? **Sí / No**

FECHA EN QUE EL RHPI SE ENVIÓ POR FAX AL PLAN MÉDICO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

FECHA DE RESPUESTA del PLAN MÉDICO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Plazos de respuesta importantes:** el Plan de Salud debe responder a pedidos urgentes de DMHC dentro de las 24 horas de haber recibido el fax. El plazo de respuesta del Plan de Salud al DMHC para pedidos normales de una IMR es de 2 días hábiles de haber recibido el fax.

Envíe por fax este formulario y documentación adjunta a DMHC: **Fax (916) 229-0465** ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con: \_\_\_\_\_